



Faculté de Médecine Sorbonne Université
91 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
medecine-dfs-pass@sorbonne-universite.fr

Autorisation parentale (uniquement pour les étudiant(e)s mineur(e)s)

Je soussigné(e) Madame Monsieur

Votre nom

Votre prénom :

Votre adresse complète :

.....

agissant en qualité de mère père autres (à préciser)

de (nom de l'étudiant(e))

N° étudiant

né(e) le

Fait à Le

Signature